معانظة	محافظة مديرية التوبية والتعليم   إقرار قيام بالعمل   مدرسة   مدرسة   الاسم /   الوظيفة /   الجهة المنقول أو المنتدب منها /   الجهة المنقول أو المنتدب إليها /   رقم وتاريخ أمر النقل أو الندب /   تاريخ استلام العمل /   أقر أننا /   بأنني تسلمت العمل اليوم ( ) الموافق / / ٢٠   توقيع الموظف ش ع مدير المدرسة
معافظة	معانظة
معافظة	معانظة